Rok XXIX. Kraków, 1 Lutego 1890. Nr. 5.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres. wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81. Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. O leczeniu złamań rzepki za pomocą szwu kostnego.

Rzecz czytana na I. Zjeździe Chirurgów Polskich.

Podał
Dr. W. Stankiewicz w Warszawie.

Leczenie złamań rzepki przedstawiało dotąd wielkie trudności, a wyniki leczenia, pomimo wszelkich przedsiębranych w tym celu usiłowań, wiele pozostawiały do życzenia nie zadowalając ani leczonych ani leczących. Liczne i rozmaite metody, dążące do zbliżenia i utrzymania w zetknięciu ścisłem odłamków przez czas dostateczny do zrośnięcia się ich bezpośredniego, zwykle nie doprowadzały do pożądanego celu, zmuszając do poprzestawania na rezultacie połowiczym, nieraz dla dotkniętych tem złamaniem bardzo niewygodnym. Jak bowiem długie leżenie w zastósowanych przyrządach wpływać musiało na osłabienie nietylko kończyny dotkniętéj przypadkiem, ale i całego organizmu, tak znowu słaby zrost odłamków narażał chorych na trudny i uciążliwy chód, który dopiero po bardzo długim przeciągu czasu czynił ich zdolnymi do oddania się swym zajęciom i pracy, a niekiedy pozbawiał ich zupełnie téj możności. Ztąd to złamanie rzepki dla klasy niezamożnéj i żyjącéj z ciężkiéj pracy jest o wiele groźniejszem nieszczęściem aniżeli dla ludzi zamożnych. Mając ten wzgląd humanitarny ciągle przed oczyma, oraz pragnienie doskonalenia nauki w jéj praktycznem zastosowaniu, poważniejsze umysły chirurgów starały się o dopięcie celu na różnych drogach, a najbardziéj bystry i krytyczny umysł M a l g a i g n e'a wynalazł metodę, która, jeśli nie ziściła położonych w niéj nadziei i nie zyskała rozpowszechnienia, to tylko skutkiem okoliczności niezależnych od autora, który w epoce swéj działalności niemógł posługiwać się potężnym czynnikiem, jakim jest antyseptyka w chirurgii naszych czasów. Ta wielka era w naszéj nauce, stworzona przez L i s t e r a, posłużyła właśnie jéj twórcy do zwalczenia dotychczasowych trudności w osiągnięciu upragnionego celu przy złamaniach rzepki i dała mu możność święcenia tryumfu nauki na korzyść biednéj ludności kalectwem tem dotkniętéj. Jakkolwiek sądy chirurgów o metodzie téj są podzielone, i gdy jedni upatrują ryzyko i niebezpieczeństwo w jéj zastosowaniu, drudzy dowodzą, iż wyniki dotychczasowych metod dają równie zdrową i silną do użytku kończynę, jednak pozostaje faktem niezaprzeczonym, że zrośnięcie bezpośrednie odłamków przywraca choremu kończynę w stanie pierwotnym silną, obdarzoną wszelkiemi prawidłowemi ruchami i to w czasie najkrótszym w porównaniu do metod dotychczas używanych. Doznawszy, jak wielu chirurgów, niepowodzenia przy leczeniu dokładnem złamań rzepki za pomocą metod znanych, stosowałem przez czas pewien sposób mój własny, polegający na zbliżaniu do siebie odłamków za pomocą 8-ki z rurki gumowéj, podczas gdy kończyna wyciągniętą była na łupce drewnianéj umyślnie w tym celu przyrządzonéj: rezultaty otrzymywałem na téj drodze o wiele lepsze, gdyż tkanka spajająca odłamki zbliżała je trwale na ½ do 1 centymetra. Atoli po rozpoczęciu chodzenia tkanka łącząca je zwykle wyciągała się oddalając od siebie odłamki na odległość nieraz podwójną. Z tem większą też skwapliwością skorzystać postanowiłem z zastosowania szwu kostnego przy złamaniu rzepki przez Listera, skoro przeczytałem szereg pomyślny spostrzeżeń, wygłoszonych na posiedzeniu Towarzystwa łekarskiego w Londynie w roku 1883 [1]) i byłem przytomny przy wykonaniu téj operacyi w jego klinice, zakończonéj najlepszym rezultatem. Pomyślny rezultat pierwszéj mojéj operacyi [2]), gdzie miałem do zwalczenia niezwykłe trudności, utwierdził moje przekonanie co do wyższości rzeczonéj metody, którą od téj pory miałem sposobność zastósować w czterech przypadkach i opis treściwy takowych niżéj podaję.

I) Wasyl H., lat 26, robotnik kolejowy, przybył do mego oddziału w szpitalu ewangielickim dnia 11 sierpnia 1888 roku z powodu zgruchotania palucha lewéj nogi spadłym nań ciężarem. Po wyłuszczeniu palucha gojenie postępowało nadzwyczaj opieszale i rana zabliźniła się dopiero w początku października;

[1]) *An Adress on the Treatment of Fracture of the Patella by Joseph Lister. British Medical Journal* Nov. 3. 1883.
[2]) *Medycyna* T. XV. Nr. 1, 2, 3. 1887.

pacyjent zaś bardzo bojaźliwy zaczął wstawać i chodzić w parę tygodni później. Dnia 24 października chodząc pośliznął się chorą kończyną i pomimo gwałtownego wysiłku w celu utrzymania równowagi upadł na wznak i poczuł silne trzaśnięcie w kolanie wraz z gwałtownym bólem, poczem podnieść się niebył w stanie. Złamanie rzepki nastąpiło tu przez gwałtowne skurczenie mięśnia prostego w celu wyprostowania kończyny. Nazajutrz znalazłem przy badaniu złamanie poprzeczne rzepki z odstępem trzech centymetrów między odłamkami, zapalne obrzmienie stawu i znaczny wylew krwisty, kończyna została ułożoną na łupce w pozycyi wyprostnéj, na kolano zaś zastósowano worek z lodem. 6 listopada objętość stawu znacznie się zmniejszyła, a odstęp pomiędzy odłamkami zmniejszył się do 2 centymetrów.

O p e r a c y j a. Po przecięciu podłużnem skóry i odkryciu odłamków okazało się, iż kierunek złamania był ukośny idąc od dołu do góry i od zewnątrz do wewnątrz, a odłamek dolny stanowił $^1/_3$ część całéj rzepki. Po wypłukaniu z jamy stawu skrzepów włóknikowych i lekkiem wyskrobaniu powierzchni złamanych, przeprowadziłem jeden szew z drutu miedzianego przez oba odłamki i takowe bez trudności do siebie zbliżyłem. Przeprowadziwszy sączek gumowy do stawu przez cięcie w najniższym punkcie jamy stawowéj od strony zewnętrznéj, brzegi rany skórnéj na rzepce zeszyłem jedwabiem i przemywszy staw roztworem sublimatu 1$^0/_{00}$, opatrzyłem gazą i watą sublimatową i całą kończynę w mocno wyprostnem położeniu unieruchomiłem na umyślnie do téj operacyi przygotowanéj łupce.

Przebieg łagodny, gdyż tylko przez dwa następne dni ciepłota wieczorna dochodziła do 38°C. 18 dnia po operacyi ciepłota podniosła się do 38·6 skutkiem małego ropienia pod skórą przy otworze, którędy sączek wystawał. Po nacięciu małéj zatoki gorączka znikła, a zabliźnienie ostateczne nastąpiło 12 stycznia 1889. Z powodu bojaźliwości pacyjenta ruchy w kolanie celem przywrócenia zgięcia należało wykonywać bardzo powolnie, a nawet przy pomocy uśpienia chloroformem, poczem szybko dosyć zaczął chodzić, prostować i zginać kończynę. Przy opuszczeniu szpitala d. 10 lutego chodził dobrze bez pomocy laski, zginał kolana pod kątem prostym i prostował zupełnie. Rzepka zrosła się doskonale i tylko pewna sztywność tkanek stawowych na jéj obwodzie wskazywała przejścia operacyjne. Pacyjent przez pewien czas był w Warszawie, a następnie wyjechał naprowincyję do rodziny, gdzie dotąd trudni się pracą około roli i może swobodnie w polu pracować.

II) Adam S., lat 20, garbarz, przybył do szpitala dnia 4 lipca 1889 roku z powodu złamania prawéj rzepki przed 3-ma dniami. Chory idąc szybko pośliznął się i upadł na bruk i w téj chwili poczuł silny ból z trzaskiem w kolanie, poczem już niebył w stanie powstać. Obrzmienie kolana znaczne, niemożność podnoszenia kończyny, odstęp pomiędzy odłamkami przeszło dwa centymetry. Ułożenie na łupce wyprostnéj i okłady lodowe przez tydzień, po upływie tego czasu objętość kolana zmniejszyła się, a odstęp między odłamkami zredukował się do 1 $^1/_2$ ctm.

O p e r a c y j a d. 16 lipca. Po odkryciu odłamków okazało się, iż złamanie było poprzeczne, górny odłamek zajmował większą część rzepki, a powierzchnie złamania zachowywały się względem siebie w ten sposób, iż brzegi ich przednie znacznie więcéj oddalone były aniżeli tylne. Przytem z prawéj strony odłamka górnego pasek tkanki włóknistéj długi na 2 centym. opuszczał się do jamy stawu pomiędzy odłamkami. Po odcięciu tegoż i innych strzępów z brzegów, powierzchnie złamane zeskrobałem łyżeczką i założyłem w linii środkowéj jeden szew z drutu miedzianego. Zbliżenie odłamków było dość łatwe; otwór dla sączka na zewnętrznéj stronie stawu; szew rany skórnéj jedwabiem, opatrunek gazą i wodą sublimatową, unieruchomienie na łupce wyprostnéj.

Przebieg zupełnie bezgorączkowy, ciepłota ani razu nie przeszła 38°. 12-go dnia pierwsza zmiana opatrunku z wyjęciem sączka i szwów. Zabliźnienie zupełne 31 sierpnia. W tydzień potem odjęcie łupki i pacyjent rozpoczął chodzić, przyczem zaczęto zginać kolano i massować kończynę. Obecnie chodzi dobrze, zgina kolana coraz więcéj pod wpływem ciężaru zawieszonego u buta i w tych dniach powraca do dawniéjszéj pracy.

III) Alojzy J., czech, lat 38, robotnik w fabryce papieru Ginzburga et Comp. w Częstochowie, przysłany został na kuracyję do mego oddziału dnia 12 lipca r. b. z powodu złamania lewéj rzepki przed 3-ma dniami przez spadnięcie na kolano znacznéj wagi ciężaru maszyny. Kolano bardzo obrzmiałe i zasinione, ból znaczny, niemożność zupełna poruszania kończyną, odstęp między odłamkami wynosi około 4 centym. Unieruchomienie na łupce wyprostnéj, lód przez 13 dni, skutkiem czego obrzmienie znacznie się zmniejszyło.

O p e r a c y j a 26 lipca. Po otwarciu stawu i wypłukaniu skrzepów przekonałem się, iż złamanie było powiklane, a mianowicie: główna linija złamania była poprzeczną, dzieląc rzepkę prawie na dwie równe połowy, ale połowa wewnętrzna odłamka dolnego potrzaskaną była na liczne, drobne kawałki, a brzegi powierzchni złamanych pokryte były grubą warstwą skrzepu włóknikowego i strzępami oderwanych tkanek. Po odcięciu tychże i wyskrobaniu skrzepów założyłem jeden szew z drutu miedzianego, idący przez środek odłamka górnego, a przez odłamek dolny bliżéj części zmiażdżonéj. Sączek i szew skórny i unieruchomienie na łupce jak poprzednio.

Przebieg bezgorączkowy, gdyż tylko nazajutrz po pierwszéj zmianie opatrunku (12 dnia) ciepłota podniosła się do 38·1. Zabliźnienie zupełne i zdjęcie łupki d. 12 września; odłamki są dobrze spojone, a sama rzepka w dolnéj połowie szersza i nierówna, skutkiem zlania się ze sobą potrzaskanych kawałków. Lekkie ruchy zgięcia kolana i mięsienia oraz pozwolenie chodzenia od d. 18 września. Od paru tygodni pacyjent chodzi bez pomocy laski, zgięcie w kolanie postępuje wolno, skutkiem mocnego pierwotnego urazu, mam jednak nadzieję, że w ciągu kilku tygodni doprowadzi się do tego stopnia, iż będzie łatwo chodził po schodach i wróci do pracy.

IV) Paweł K., lat 50, parobek, przysłany został do szpitala d. 21 sierpnia r. b. z powodu złamania lewéj rzepki przed pół rokiem. Złamanie nastąpiło skutkiem potknięcia się o próg w chwili, gdy pacyjent dźwigał korzec żyta, a upadłszy na kolano uczuł, jakby rozejście się kości, poczem już wstać niemógł. Złamanie rzepki nastąpiło tu więc wskutek uderzenia kości o twardy próg pod wpływem nacisku całego ciała zwiększonego ciężarem korca żyta. Pacyjent leżał przez kilka tygodni w domu z nogą obandażowaną, a następnie przez kilka miesięcy w szpitalu w Grójcu, skąd wysłano go do Warszawy. Chodzi on trochę z trudnością i mocnem utykaniem, a chcąc pomódz sobie podnosi przy chodzeniu stopę kończyny choréj za pomocą paska obejmującego stopę w kształcie pętli. Kolano w objętości swéj znacznie zwiększone, spuchnięte i wypełnione płynną zawartością; rzepka podniesiona i znacznie wydłużona, gdyż odłamki jéj połączone są tkanką dość grubą, ale podatną tak, że ująwszy je osobno obu rękami z łatwością przesuwa się je w kierunku bocznym oraz przekręca na około osi podłużéj. Przestrzeń między odłamkami wynosi blisko 3 centymetry.

Ponieważ od czasu złamania upłynęło pół roku, a zrost dotychczasowy niedaje żadnéj rękojmi poprawy i wzmocnienia kończyny do tego stopnia, aby pacyjent mógł jako tako pracować, przeto postanowiłem i tu próbować leczenia radykalnego pomimo wieku późniejszego i dość wątłego stanu ogólnego zdrowia.

O p e r a c y j a dnia 27 sierpnia. Po otworzeniu rzepki odpiłowałem brzegi obu odłamków połączonych zrostem włóknistym i przystąpiłem do założenia szwu. Doznałem tu przykréj niespodzianki, albowiem substancyja kostna okazała się tak kruchą i miękką, iż zwątpiłem o możności utrzymania się w niéj drutu zbliżającego odłamki. W rzeczy saméj drut od strony wewnętrznéj przerwał tkankę kostną, pomimo nadzwyczaj starannego wyprostowania kończyny (*Hyperextensio*), ale drut na stronie zewnętrznéj utrzymał się w miejscu i dał się skręcić bez przecięcia kości. Po założeniu jak zwykle sączka na stronie zewnętrznéj i szwu skórnego, opatrzyłem kolano i kończynę ułożyłem na łupce. W czasie całéj manipulacyi kończyna ani na chwilę nie zmieniła pozycyi silnie wyprostnéj i takież samo położenie zapewniłem jéj na łupce.

Chory po operacyi czuł się dobrze i najmniejszego odczynu gorączkowego nie okazywał, skarżył się tylko na pewien ucisk w dolnéj części goleni, która spoczywała na poduszeczkach z plewek owsianych. Trzeciego dnia przy wizycie znalazłem pewien nieład w opatrunku i brak owych poduszeczek, utrzymujących kończynę w położeniu wyprostnem. Pokazało się, iż pacyjent w nocy porozsuwał bandaże i wyciągnął poduszeczki, aby sobie ulżyć. Niezwłocznie postarałem się przywrócić kończynę do na-

leżytéj pozycyi, ale zaniepokoiłem się o losy szwu drutowego, co też w istocie uzasadnionem się pokazało.

D. 12 września przy zmianie opatrunku znalazłem trochę ropy i częściowe rozejście się brzegów rany skórnéj, a zarazem pewien odstęp pomiędzy odłamkami, wynoszący zaledwie pół centymetra. Przemywszy rankę roztworem sublimatu, nałożyłem szczelny opatrunek i kończynę unieruchomiłem w położeniu wyprostnem. D. 24 września po zdjęciu opatrunku znalazłem obfitszą wydzielinę ropną, pochodzącą z podminowań podskórnych przy otworze dla sączka, jakoteż zatokę ropną po nad kłykciem wewnętrznym. Ropienie nie zajęło wcale stawu kolanowego, którego jama przez wysięk plastyczny zupełnie była zamkniętą, odłamki rozeszły się bardzo mało skutkiem przecięcia drutem tkanki kostnéj odłamka dolnego. Po przecięciu zatok i starannéj desinfekcyi takowych, wydobyłem drut z odłamka górnego, a zeskrobawszy łyżeczką wysięki i ziarninę z powierzchni złamań, złączyłem je w sposób następny: przebiwszy cienkim trójgrańcem ścięgno mięśnia prostego uda, w linii środkowéj tuż po nad obwodem górnym rzepki, przeprowadziłem takowy do jamy stawowéj i przez rurkę trójgrańca wsunąłem końce dwóch drutów miedzianych; następnie za pomocą trójgrańca końce tych drutów przeprowadziłem przez wiąz rzepkowy na dolnym obwodzie rzepki, a wyciągnąwszy je na zewnątrz i skrzyżowawszy z końcami drutów przeciwległych, zbliżyłem do siebie dokładnie odłamki, a końce drutów po skręceniu i ucięciu na powierzchni odłamków młotkiem przypłaszczyłem. Dla bezpieczeństwa nadto przeprowadziłem na poprzek przez staw sączek kauczukowy. Opatrunek sublimatowy i ułożenie na łupce jak dotąd.

Chory po operacyi gorączkował przez 5 dni, mając od 38·5 do 39·2° ciepłoty. Po pierwszym opatrunku 26/9, gorączka wieczorem podniosła się, ale nazajutrz już spadła do normy i odtąd wszelki odczyn gorączkowy ustał. 8/10 drugi opatrunek. Trochę wydzieliny ropnéj z rany podskórnéj zewnętrznéj; w stawie żadnéj wydzieliny niema, sączek od strony wewnętrznéj wyjęty. Odłamki szczelnie zbliżone, w punktach przejścia drutów prze ścięgacze nabiegi żółte bez ropy.

Ostatni opatrunek wykazał bardzo małą ilość wydzieliny z ran zewnętrznych, ziarninę zdrową na powierzchni rzepki, co przy dobrym stanie ogólnym daje mi pewność, że cel operacyi osiągniętym w zupełności zostanie, chociażby z pozostawieniem pewnéj sztywności w stanie kolanowym. [1])

Jeśli statystyka śmiertelności decyduje o bezpieczeństwie danéj operacyi, to możemy śmiało szew kostny rzepki zaliczyć do operacyj, nie zaliczających się do kategoryj ryzykownych, jak to niektórzy chirurgowie twierdzili, gdyż przytoczone powyżéj 4 spostrzeżenia z dodatkiem operacyi pierwszéj, wykonanéj w 1886 r. dają nam rezultat pomyślny pod każdym względem. Prawda, że rezultat ten zależy od bardzo ścisłego przestrzegania zasad antyseptyki, ale obowiązek ten ciąży dziś na chirurgu nietylko przy przedsiębraniu ważniejszéj operacyi, lecz i przy otwieraniu zwyczajnego ropnia. Co do czasu leczenia, metoda szwu kostnego daje nam zupełnie zdrową kończynę w przeciągu dwóch miesięcy, gdyż we wszystkich trzech pierwszych spostrzeżeniach zabliźnienie rany i zrost odłamków nastąpiło w ciągu 6 tygodni, a w dwa tygodnie potem pacyjenci mogli dobrze chodzić, lubo jeszcze nie byli w stanie zginać kończyny w kolanie. W celu przywrócenia tego ruchu zaraz po zdjęciu nogi z łupki rozpoczynam ruchy bierne w kolanie, a nadto massaż mięśni uda i goleni. Również przyspieszam zgięcie kolana przez zawieszanie na stopie ciężaru, podczas gdy chory siedzi na stole w ten sposób, że przegub podkolanowy znajduje się na krawędzi stołu. Aby ile możności uniknąć zesztywnienia stawu postanowiłem w przyszłości nie wprowadzać wcale sączka, który może obecnością swoją wywoływać zgrubienia zapalne w tkaninach włóknistych torebki stawowéj. Nadto powziąłem myśl spróbowania zbliżenia dokładnego do siebie odłamków bez otwierania stawu, modyfikując ideę Malgaigne'a w ten sposób, że na środku każdego odłamka chcę przeciąć części miękkie do saméj kości, w tkankę kostną każdego odłamka wkręcić szrubkę na głębokość 1 centym., idącą ukośnie w kierunku zbliżenia się obu szrubek do stawu, końce ich zaś wystające nad powierzchnią skóry zbliżyć za pomocą odpowiedniego mechanizmu o tyle, o ile potrzeba do szczelnego zetknięcia się odłamków. Wprawdzie zdarzyć się może, iż strzępy tkanek włóknistych i same skrzepy krwi pokrywać mogą powierzchnie złamane, ale nie sądzę, aby mogły przeszkodzić wytworzeniu się bezpośredniego zrostu między odłamkami, gdyż większe strzępy tego rodzaju zdarzają się bardzo rzadko, jak o tem przekonaliśmy się, a nadto zawsze pozostaje o wiele większa powierzchnia odłamków niczem nie zakryta i skłonna do zrastania się, strzępy zaś prawdopodobnie w takim razie ulegną wessaniu pod wpływem naciskających je powierzchni odłamków. Skrzepy zaś krwi nie mogą wywierać żadnego szkodliwego wpływu w tym względzie

Śmiało tedy na zasadzie powyższych rezultatów twierdzić mogę, iż leczenie złamań rzepki za pomocą szwu kostnego ma wyższość nad dotychczas zastosowanemi metodami pod każdym względem i najgoręcéj zachęcam kolegów do zastosowania takowego, gdyż tym tylko sposobem rzeczona metoda dostąpi praktycznego rozpowszechnienia, na którą najzupełniéj zasługuje.

[1]) Obecnie mogę dodać, iż odłamki zrosły się doskonale, pacyent od końca Listopada r. z. zaczął chodzić, chód ma pewny bez pomocy laski. Kończynę prostuje i podnosi dobrze, zgięcie tylko kolana jest znacznie ograniczone.

II. Przypadek wynicowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem.

Podał

Docent Dr. A. Mars.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

W przypadku niniejszym mieliśmy niewątpliwie do czynienia z wypadnięciem przez cewkę moczową częściowo wynicowanego pęcherza moczowego. W przypadkach podobnych podają autorowie, że rzadko tylko wypada pęcherz moczowy w całéj grubości ścian, ale że częściéj tylko sama błona śluzowa. Na okoliczność tę starałem się zwrócić uwagę podczas badania i przyszedłem do przekonania, że ściany pęcherza moczowego w niniejszym przypadku wypadały w całéj swéj grubości. Przemawiały za tem okoliczności: że grubość ścian co najmniéj na $^1/_2$ centymetra oceniłem, że te ściany były zbite, naciekłe, coby miejsca nie miało, gdyby tylko sama błona śluzowa wypadała. Nadto wymownie przemawia za tem okoliczność, że wewnętrzne ściany guza przesuwane na sobie dawały uczucie przesuwania się ścian gładkich, co zupełnie otrzewnéj odpowiada.

O ile mi była literatura dostępną, nie spotkałem przypadku, w którymby mowa była o ciąży i porodzie w podobnym przypadku, przeczo przypadek niniejszy jest więcéj zajmującym, a to tem więcéj, ile że po porodzie nastąpiło tak znaczne pogorszenie cierpienia, które chora znosiła przez blisko dwa lata, niedoznając znaczniejszych dolegliwości. Zastanawiając się nad tą ostatnią okolicznością widzimy, że cierpienie to podczas ciąży prawie nie uległo zmianie i że pogorszenie nastąpiło dopiero po porodzie i dlatego przyczyny pogorszenia w tym ostatnim szukać musimy. Co do porodu samego, to chora podawała, że był cięższy, aniżeli pierwszy; nie umiała jednak dokładnie różnicy określić. Do podania tego trudno wiele przywięzywać wagi, tem więcéj, że wiemy, iż osoby rodzące często ostatni poród jako naj-

cięższy podają, mimo, że tak nie jest, łatwo bowiem cierpienia dawniéj przebyte zapominają wobec tych, które znoszą. Faktem atoli jest, że poród trwał od chwili wystąpienia pierwszych bólów aż do wykluczenia płodu 14 godzin. Czas ten rozpadał się na okresy jak następuje: od wystąpienia pierwszych bólów do zupełnego rozwarcia szyi i ujścia zewnętrznego macicy ubiegło 12 i pół godziny od téj chwili do ukończenia porodu ubiegło 5 kwadransów, a pęcherz pękł na kilka minut przed wykluczeniem płodu. Wobec tego rozkładu czasu trwania porodu na okresy powiedzieć musimy, że okres pierwszy trwał stosunkowo długo, że w drugim okresie pęknięcie pęcherza płodowego było opóźnione, że wreszcie czas, od pęknięcia pęcherza do wykluczenia płodu, trwał bardzo krótko. Przyczyny tego niestosunku pojedynczych okresów porodowych między sobą musimy szukać w skąpéj ilości wód płodowych. Taki niestosunek dałby się zupełnie usprawiedliwić zcieśnieniem miednicy i to we wchodzie téjże, co w niniejszym przypadku miejsca jednak nie miało. Okoliczność ta, że w niniejszym przypadku było mało wód płodowych, dozwala zdaje mi się wytłómaczyć cały szereg następstw. Wiadomem jest, że w przypadkach, w których niema dostatecznéj ilości wód płodowych podczas porodu, okres rozwierania się dróg miękkich porodowych się przedłuża, brak bowiem zazwyczaj formującego się pęcherza płodowego, który tą czynnność pierwotnie podejmuje. Poród jest boleśniejszym, części miękkie bowiem nie w sposób łagodny, podatnym pęcherzem płodowym, ale twardą główką bywają rozszerzane, na co też w niniejszym przypadku chora się żaliła. Z tychże samych powodów domyślać się należy, że ucisk na szyję pęcherza moczowego i cewkę moczową trwał dłużéj i był silniejszy, aniżeli gdyby była u téj saméj osoby dostateczna ilość wód płodowych. Cewka moczowa zaś, która uległa dłuższemu uciskowi, poprzód już rozszerzona, tem skłonniejszą być musiała do jeszcze znaczniejszego rozszerzenia, a tem samem i do pomieszczenia w sobie znaczniejszéj części pęcherza moczowego, aniżeli to kiedykolwiek poprzód miejsce miało.

Mimowoli nasuwa się pytanie: dlaczego pęcherz moczowy podczas ciąży nie wypadał tak znacznie? dlaczego nie wypadł podczas porodu? i dlaczego wypadł dopiero w 21 godzin po porodzie.

Co do pierwszego pytania, to zdawaćby się mogło, że właśnie podczas ciąży powinien był wypadać najwięcéj ze względu, że w tym czasie ucisk wśród jamy brzusznéj jest podniesiony. Odmienne zachowanie się pęcherza przypisać musimy stosunkom anatomicznym i fizyjologicznym ciąży; wiadomo nam bowiem, że wiązki podłużne mięśniowe macicy, spływające po jéj przedniéj ścianie ku dołowi, przechodzą częściowo na pęcherz moczowy. Skutkiem tego podczas ciąży, gdy macica wzrasta ku górze, gdy się wytwarza tak zwany dolny jéj odcinek, pęcherz jest pociąganym ku górze, co w niniejszym przypadku działało w przeciwnym kierunku jego skłonności do wypadania.

Co do drugiego pytania, to łatwiéj rzecz sobie można wytłomaczyć, a mianowicie podczas porodu działało równocześnie więcéj czynników, które wypadanie pęcherza moczowego powstrzymywać mogły i tak: poziome ułożenie rodzącéj w łóżku, ucisk główki płodu na części miękkie do spojenia łonowego, wreszcie znany fakt, że podczas porodu pęcherz moczowy w prawidłowych warunkach zostaje ku górze wyciągnięty, w czem stosunek mięśni macicy do ścian pęcherza i ich kurczenie się niezaprzeczenie rolę odgrywają.

Co do ostatniego pytania, to rzecz może nie jest tak łatwą do wytłomaczenia, bo jeżeli osoba ta oddawała mocz dobrowolnie po porodzie, jeżeli cewka moczowa, jak wyżéj przypuszczono, do rozszerzenia się była skłonniejszą, niżeli kiedyindziéj, to pozostaje nam tylko brak działania po porodzie tłoczni brzusznéj, który nam może na to pytanie odpowiedzieć. Skoro chora bowiem była późniéj już w możności użycia tłoczni brzusznéj, wyparła sama pęcherz moczowy na zewnątrz, a ten wystąpił w daleko większym odcinku przez cewkę moczową, albowiem ta ostatnia była, jak już powiedziano, skłonniejszą do rozszerzenia się. Dlaczego chora po porodzie nie mogła wypadniętego guza odprowadzić, na to wiele powiedzieć się nieda, gdyż poprzód odprowadzała guz sama chora i wiedzieć nie można, czy odprowadzała przez cewkę moczową do pęcherza, czy też wsuwała go tylko do pochwy. W każdym razie wobec tego, że wszyscy niemal autorowie mówią o łatwem odprowadzaniu wypadniętego pęcherza, muszę przypuszczać, że skutkiem wypadnięcia znaczniejszéj części jego i powstałego ztąd utrudnienia w krążeniu krwi w jego ścianach, musiało nastąpić obrzmienie części wypadniętéj, które odprowadzenie utrudniać a nawet udaremniać mogło. Że podczas méj bytności guz był obrzmiały, to było widocznem, działo się to jednak w kilkanaście godzin po wypadnięciu.

Po odprowadzeniu pęcherza rozwinął się gwałtowny stan zapalny błony śluzowéj pęcherza moczowego, co tem łatwiéj nastąpiło, że organ ten już musiał dawniéj być cierpiącym, a wypadnięcie po porodzie, obrzmienie, zabiegi przy odprowadzaniu przyczyniły się do gwałtowuego zaostrzenia téj sprawy. Następstwem tego była też sprawa zapalna okołomaciczna. Sprawa ta wychodząca niewątpliwie ze ścian pęcherza lub tkanki otaczającéj, była zmianą miejscową. Do dnia 8-go po porodzie, czyli do dnia 9-go grudnia raz tylko ciepłota wynosiła 38·7°C., zawsze zresztą była prawidłową. Podniesienie się jednorazowe ciepłoty ciała odpowiadało wystąpieniu wypociny. Jak się zachowywała daléj część odprowadzona, trudno stanowczo powiedzieć, jakość moczu dozwalała tylko przypuszczać, że część pewna ścian pęcherzowych musiała uledz zgorzeli, która 8 go dnia po porodzie dała powód do wystąpienia posocznicy, któréj chora uległa.

Co się tyczy daléj postępowania leczniczego, to w niniejszym przypadku było to niezwykłem, że odprowadzenie wypadłéj części pęcherza było tak utrudnionem. Dlaczego dotąd używane sposoby nie wystarczały, a sposób przezemnie użyty do celu prowadził, tłomaczę sobie w sposób następujący: główną przeszkodę w odprowadzeniu stanowiło ujście zewnętrzne cewki moczowéj wobec obrzęku ścian wypadłéj części pęcherza. Odprowadzając guz zwykłemi sposobami, wywierałem za pośrednictwem tegoż ucisk na brzeg ujścia zewnętrznego cewki w kierunku ku spojeniu kości łonowych, tym sposobem zamiast ułatwić musiałem sobie utrudnić postępowanie. Przeciwnie zaś, skorom począł palcem wsuwać guz, tuż przy jego nasadzie działając, wywierałem za pomocą palca pośrednio przez szypułkę ucisk na tylny brzeg ujścia cewki moczowéj w kierunku ku kości krzyżowéj, przezco ujście cewki moczowéj było rozszerzanem, a tem samem i odprowadzenie ułatwionem.

Cierpienie omawiane w niniejszym przypadku stało się przyczyną zejścia śmiertelnego, wprawdzie może nie samo przez się, ale skutkiem powikłania z porodem. Wobec tego sądzę, że cierpienie to u osoby, mającéj warunki do zajścia w ciążę, nabiera poważnego znaczenia, i wobec nabranego

w niniejszym przypadku doświadczenia, gdyby mi się przydarzył podobny przypadek u osoby, mogącéj zajść w ciążę, wykonałbym otwarcie jamy brzusznéj w celu, aby sztucznie utwierdzić pęcherz moczowy do wewnętrznéj ściany brzucha, (*Ventrofixatio vesicae urinariae*) co sądzę łatwo bez złych następstw wykonaćby się dało, przyszywając do ściany brzusznéj samą tylko uchwyconą otrzewnę okrywającą pęcherz moczowy.

III. O plantacyi zębów.

(Odczyt miany na zwycz. posiedz. Tow. lek. krak. d. 6 list. 1889).

Podał

Dr. Kazimierz Szymkiewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Przy téj sposobności pozwolę sobie wypowiedzieć kilka uwag w sprawie t. zw.: „plantacyi zębów“.

Przez tę ogólną nazwę rozumiemy operacyję, polegającą na wstawieniu zęba naturalnego w świeżo opróżniony zębodół. Tutaj mogą zachodzić rozmaite kombinacyje:

1) Jeżeli w opróżniony zębodół napowrót wstawiony zostanie ząb, który w nim przedtem spoczywał, natenczas operacyja ta zwie się „replantacyją“.

2) Jeżeli zaś w opróżniony zębodół osadzony zostanie ząb, który do tegoż zębodolu dawniéj nie należał, natenczas mówimy o „transplantacyi“. Druga ta forma może byc znowu albo:

a) autoplastyczna, jeżeli w opróżniony zębodół osadzonym zostanie ząb, należący pierwotnie do tego samego indywiduum, ale wyjęty z innego miejsca arkady zębowéj, albo

b) heteroplastyczna, jeżeli w tym celu użyty zostanie ząb należący pierwotnie do innego osobnika.

W ostatnim tym przypadku można znowu dokonywać transplantacyi albo zębem świeżo indiwiduum żyjącemu wyjętym, albo dłuższy czas po dokonanéj ekstrakcyi, albo nareszcie zębem wyjętym z czaszki trupa.

Najwięcéj używaną i najbardziéj racyjonalną jest replantacyja.

Pierszy, który tę operacyję wykonał, był Ambroży Paré, znakomity chirurg francuski 16-go wieku. Zaleca on replantacyję w przypadkach urazowego wybicia zdrowych zębów i po dokonanéj przez pomyłkę ekstrakcyi zdrowego zęba, w miejsce bolącego. Piotr Dupont w 17 tym wieku był jednak pierwszym, który metodę tę polecił, celem konserwacyi zębów bolących. Rozleglejsze zastosowanie znalazła jego metoda leczenia dopiero w 18 tem stuleciu i to już nie w formie prymitywnéj, przez Duponta podanéj, t. j. replantacyja zęba bez zabezpieczenia jamy próchnicowéj, ale w połączeniu z plombowaniem.

Nawiasowo muszę tu wspomnieć, iż dotychczas jeszcze niektórzy amerykańscy dentyści wykonywają metodę Duponta przy silnych nerwobólach od zęba wychodzących, aby za pomocą niezupełnéj ekstrakcyi przerwać tylko związek pulpy z jéj pniem nerwowym.

Nie mając dotyczącéj literatury przed sobą, którą Dr. David w swojéj *Etude sur la greffe dentaire*, wydanéj w Paryżu r. 1877, bardzo pilnie zestawił, kończę na tem historyję replantacyi, a przystępuję do przypadków, w których operacyja ta jest wskazaną. Najważniejszem wskazaniem do wykonania natychmiastowéj replantacyi jest całkowita luksacyja zęba, powstała skutkiem urazu, n. p. uderzenia, upadnięcia itd., przyczem, jeżeli uraz działał ze znacznem nasileniem, powstaje obok wybicia zębów także złamanie albo tylko wyrostka zębodołowego albo całéj kości szczękowéj. Ponieważ w takich razach głównie zęby przodkowe uszkodzeniu ulegają, i albo zupełnie ze swoich zębodołów zostają wyrzucone albo w nich luźnie siedzą, przeto wszelkie opatrunki, łączące pojedyncze odłamy kości ze sobą, a osadzone tylko na zębach, t. zw. szyny drutowe, podane przez Sauera, nie mogą być we wszystkich przypadkach złamania szczęki dolnéj używane, a to z tego powodu, iż jeżeliby się nawet ocaleniu zębów w takich razach uboczne tylko przypisywało znaczenie, to osada, jaką zęby dla szyny stanowić mogą, jest zbyt chwiejną i niewystarczającą. Pomijając tę kwestyję, o któréj tylko nawiasowo wspomniałem, dodać potrzeba, iż zęby sieczne muszą być po dokonanéj replantacyi za pomocą ligatur albo też za pomocą wyżéj opisanéj, bardzo prostéj opaski Herbsta w swojem miejscu ustalone, inaczéj pod wpływem procesu, jaki się podczas ich ustalenia w zębodole odbywa, mogą być z swego miejsca wysunięte, tem bardziéj, iż na swoich antagonistach, dachówkowato je pokrywających, nie mają dostatecznego oparcia.

Drugiem wskazaniem do wykonania natychmiastowéj replantacyi są przypadki, w których z powodu niedokładnego badania, opierając się tylko na wskazówkach chorego, dokonano ekstrakcyi na zębie zdrowym, albo przynajmniéj nie bolącym. Przedstawiony Panom ząb kwalifikował się wybornie do replantacyi po zaplombowaniu otworów, powierzchowne tylko warstwy zębowiny zajmujących, a cała operacyja snadnie w przeciągu kilku minut dokonaną być mogła. Nie chciałem w 4 tygodnie po spełnionéj przez OO. Bonifratrów ekstrakcyi próbować zbyt ryzykownéj metody Youngera, o któréj późniéj będę miał zaszczyt wspomnieć, wobec już dobrze zasklepionego zębodołu. Przypadki, o których teraz wspomniałem, zdarzyć się tylko mogą chyba ludziom, którzy wiedzeni fałszywie zrozumianą miłością bliźniego, jak n. p. zakon OO. Bonifratrów, albo też nęceni zyskiem, a nic posiadając w tym kierunku potrzebnego wykształcenia, słuchają ślepo wskazówek chorego. Spotkać jednak może tego rodzaju nieprzyjemny przypadek nawet lekarza, w zawodzie dentystycznym najlepiéj biegłego i to przy ekstrakcyi zębów trzonowych mlecznych, których korzenie będąc ku sobie zakrzywione obejmują niekiedy zarodek zęba dwuguzikowego pierwszego lub drugiego. Podczas ekstrakcyi zatem może równocześnie z zębem mlecznym wyjętym być także zarodek zęba stałego, przyczem naturalnie nie ciąży na operatorze najmniejsza wina. W takich przypadkach wskazanąby była replantacyja owego zarodka na podstawie doświadczeń dokonanych przez Philippeaux, a zwłaszcza przez Legros i Magitot, którzy wykazali, iż przeszczepione zarodki zębowe wraz ze swą torebką, mogą się zupełnie przyjąć i normalnie rozwijać.

Dalszem wskazaniem do wykonania replantacyi byłyby zapalenia pulpy lub okostnéj zębodołowéj, jeżeli albo chory nie zgadza się na leczenie systematyczne, czy to z powodu zbyt dokuczliwych i od dłuższego czasu trwających bólów, czy też nie mogąc z przyczyny swoich zajęć znaleść dość czasu do poddania się leczeniu, albo też jeżeli jama próchnicowa jest niekorzystnie umieszczona i sąsiednim zębem tak zakryta, iż dostęp do niéj nawet dla najzręczniejszego operatora jest bardzo utrudniony albo niemożliwy. W takich razach nie kusząc się o uratowanie zęba *in situ*, którego zaplombowanie w pomienionych warunkach nigdy nie mogłoby być dokładne, wskazaną jest ekstrakcyja z następową replantacyją.

Wreszcie o jednem jeszcze, bardzo ważnem, a mało dotychczas uwzględnionem wskazaniu wspomnieć należy. Nie rzadko zdarzają się przypadki uporczywego krwotoku zębodołowego po dokonanéj ekstrakcyi zęba, który jako naturalny i nader szczelny tampon, może dla powstrzymania takiego krwotoku bardzo korzystne oddać przysługi. W tym też celu każdy wyjęty ząb powinien być przynajmniéj przez pierw-

szych 24 godzin w odpowiednich warunkach przechowany, aby, jeżeli ewentualnie zajdzie tego potrzeba, mógł służyć do zatamowania groźnego krwotoku.

Przeciwwskazaną byłaby ta operacyja przedewszystkiem w tych przypadkach, w których brak jest antagonisty w drugiéj szczęce. Ząb taki bowiem nie mając żadnego udziału w sprawie gryzienia, zwolna wysuwa się z zębodołu, obluźnia i wypada. Naturalnie nie tyczy się to zębów przodkowych, które ze względów estetycznych nader ważną odgrywają rolę, przeto wszelkiemi środkami powinno się dążyć do ich ocalenia.

Daléj przeciwwskazaną jest ta operacyja w przypadkach rozległego braku innych zębów, a świeżo wyjęty może być za pomocą protezy równie dobrze i z korzyścią dla pacyjenta zastąpiony.

Nareszcie przeciwwskazaną jest replantacyja, jeżeli albo już dłuższy czas minął od dokonanéj ekstrakcyi, przez co odpowiedni zębodół uległ znacznemu ściśnieniu i przeobrażeniu, albo też jeżeli zmiany zapalne w dotyczących kościach i dziąsłach przebiegają ze zbyt wielkiem nasileniem, zagrażając obumarciem ścian zębodołu i wywołując groźne zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia. Ponieważ głównym warunkiem usunięcia tych przypadów jest utrzymanie drożności zębodolu dla odpływu ropy, przeto o replantacyi zęba w tych warunkach nawet myśleć nie można.

Sposób mojego postępowania przy téj operacyi opisałem Panom na samym początku, a polega on głównie na dokładnem oczyszczeniu ze wszystkich części zepsutych, tak jamy próchnicowéj, jako też jamy pulpy wraz z kanalikami korzeni i dokładnem tychże zaplombowaniu wśród warunków ściśle przeciwgnilnych. Ponieważ okostna zębodołowa, o ile jest zdrowa, najważniejszą odgrywa rolę przy ustaleniu czyli konsolidacyi replantowanego zęba, przeto staram się ją uchronić od wszelkiego uszkodzenia, zeskrobując jednak te jéj części, które są najwięcéj sprawą zapalną zmienione. Po usunięciu skrzepów krwi z zębodołu i przestrzyknięciu go jakim środkiem desinfekcyjnym, reponuję ząb, którego korzenie poprzednio proszkiem jodoformu posypane zostały. W domu polecam choremu tylko ochronianie dotyczącego zęba przed gryzieniem pokarmów stałych i częste płukanie ust zimną wodą. Celem powstrzymania objawów zapalnych na okostnéj okazały się bardzo praktycznemi pędzlowania dziąsel od strony policzkowéj i językowéj za pomocą tinktury jodowéj, do któréj dla złagodzenia bólów dodaną została w równéj części *Tra. aconiti* albo *opii simpl.*

Dotychczas wykonałem w mowie będącą operacyję trzy razy. Pewne daty mogę Panom podać tylko z dwóch przypadków, mianowicie obecnie przedstawionego i z drugiego, w którym dokonałem replantacyi przed 18 miesiącami t. j. 23 czerwca z. r. Co się tyczy trzeciego przypadku, w którym chodziło o jeden z zębów siecznych górnéj szczęki, chory po dokonanéj replantacyi z założoną opaską gumową sposobem Herbsta poszedł i więcéj się nie pokazał.

Co do replantacyi wykonanéj przed 18 miesiącami, widziałem pacyjentkę w dniu 31 października b. r. i przekonałem się, iż dotyczący ząb, a mianowicie: 1-szy dwuguzikowy górny po stronie prawéj, nie różni się w zabarwieniu od swoich sąsiadów, silnie osadzony jest w szczęce i spełnia prawidłowo te same funkcyje, co i inne zęby, z miejsca swego nie poruszone. W pierwszą noc po dokonanéj replantacyi wystąpiły u pacyjentki bardzo gwałtowne bóle tak, iż miała zamiar wezwać mnie do ponownéj ekstrakcyi. Przecierpiała jednak całą noc, a nad ranem bóle znacznie złagodniały, i w kilku dniach wszelkie objawy zapalne okostnéj ustąpiły zupełnie.

Replantowane zęby mogą, jak o tem świadczą relacyje wielu wiarogodnych autorów, przez długie lata spełniać należycie swą funkcyję. I tak: Hunter widział pomyślne rezultaty po 4 latach, Bourdet po 6, Taft po 10 i 16, a Guérard nawet po 17 latach. Możnaby *a priori* twierdzić, iż ząb po spełnionéj ekstrakcyi, t. j po przerwaniu związku jego z organizmem, staje się dla niego ciałem obcem, i jako takie powinien być po dokonanéj replantacyi albo zresorbowany albo też przez ropienie wydalony. Że takie następstwa w przeważnéj liczbie przypadków nie mają miejsca, o tem przekonywają nas doświadczenia, przez bardzo wielu wiarogodnych eksperymentatorów wykonane, a zwłaszcza będące od kilku lat na porządku dziennym w klinice dentystycznéj prof. Redarda w Genewie. Tenże, jak o tem świadczy referent *Centralblatt für Zahnheilkunde* z r. 1884, ogranicza się nie tylko do replantowania całych zębów, ale także wykonywa tę operacyję na korzeniach zębów siecznych, które poza ustrojem zaopatruje w sztuczne korony. Tym sposobem nie tylko zapobiega zanikowi wyrostka zębodołowego szczęki, powstającemu w miejscu z korzeni zębów ogołoconem, ale także ochrania chorych przed noszeniem sztucznych zębów, które pominąwszy już inne względy bądź co bądź zagrażają istnieniu zdrowych. Chociażby w takich razach rezultat operacyi trwał tylko kilka lat, uważać go można za świetny, odwlekając na tak długo sztuczną protezę.

Doświadczenia zatem przekonały, iż replantowany ząb w przeważnéj liczbie przypadków staje się na nowo własnością organizmu. Pytanie jednak zachodzi, jakie czynniki towarzyszą temu uwłaszczeniu, t. j., jakie zmiany anatomiczne przyczyniają się do utrwalenia replantowanego zęba. Hunter w drugiéj połowie zeszłego stulecia zdołał z pomyślnym rezultatem zaszczepić świeżo wyjęty zdrowy ząb ludzki w grzebień koguta, a po kilku miesiącach przekonał się, iż okostna jego znajdowała się w ścisłym naczyniowym związku z otaczającemi częściami miękkiemi grzebienia. Jeszcze ciekawsze pod tym względem doświadczenie robił Philippeaux w roku 1853. Zaszczepił on w grzebień koguci ząb sieczny razem z torebką, wyjętą świeżo urodzonéj śwince morskiéj. Ząb ten nie tylko przyjął się w tych nowych warunkach, ale nawet w przeciągu 10 miesięcy wyrósł o 5 mm. Że tak pomyślna replantacyja, z przywróceniem warunków życia zupełnie normalnych jest i u człowieka możliwą, o tem świadczy przypadek Twista, który przekonał się, iż replantowany przez niego u dziecka ząb, nietylko osadził się w szczęce, ale wzrastał także i rozwijał się zupełnie tak, jak odpowiedni ząb drugiéj strony. Wieseman i Mitscherlich robili pierwsi na psach uwieńczone pomyślnym rezultatem doświadczenia, gruntowniéj jednak przeprowadził takowe Leon Fredel przed kilku laty w pracowni histologicznéj prof. Eternoda w Genewe (*Ueber Zahnpflanzung vom historischen u. experimentellen Gesichtspunkte von Leo Fredel*, tłomaczone z rękopisu przez M. Morgensterna). Wnioski jego nie mogą być wprawdzie w całości zastosowane do człowieka, wyjaśniają jednak w wielu punktach sprawy anatomiczne, towarzyszące utrwaleniu się replantowanego zęba. Przedewszystkiem przychodzi on do przekonania, iż u psów okostna zębodołowa składa się z dwóch nader silnie ze sobą spojonych blaszek, które przecież podczas ekstrakcyi (u psów z większą trudnością wykonać się dającéj) odrywają się od siebie tak, iż jedna pozostaje na korzeniu, druga wyściela zębodół. Obydwie te blaszki w kilka dni po dokonanéj operacyi zrastają się bardzo silnie ze sobą, a przez przeciąg tego czasu odbywa się zupełna ich regeneracyja, t. j. powracają one najpierw do stanu embryjonalnego, przyczem tworzą się nowe komórki, powstałe częścią

przez podział komórek łączno-tkankowych okostnéj, częścią zaś są to komórki wypocinowe. Wśród tego ściany zębodołu ulegają częściowéj rezorbcyi, przez co jama ta zwiększa swoje rozmiary dla zgrubiałéj okostnéj, w któréj tworzą się także nowe naczynia krwionośne. (Dok. nast.)

IV. Z praktyki prywatnéj.

Improwizowana pompa żołądkowa zastosowana przy otruciu chloranem potasowym.

Podał

Dr. Hicner.

Przed dwoma laty, gdy byłem jeszcze słuchaczem medycyny, wydarzył mi się następujący przypadek: podczas feryi wielkanocnych leczyłem młodą dziewczynkę, córkę propinatora p. M. S. na ostry nieżyt gardła, w miasteczku J. Poleciłem płukanie gardła rozczynem chloranu potasowego. Zgęszczony rozczyn téj soli był przygotowany w szklance (20 : 250), z czego chora miała brać odpowiednią ilość i po rozcieńczeniu wodą używać do płukania gardła. Mimo zwrócenia z méj strony uwagi na to, że płyn ten nie jest obojętnym dla ustroju i że odpowiednio trzeba z nim postępować, szklanka z rozczynem chloranu potasowego stała zupełnie swobodnie na stole, a nieszczęście chciało, że ojciec choréj podczas obiadu, biorąc rozczyn ten za zwykłą wodę studzienną, bez zastanowienia się płyn ze szklanki wypił. Dopiero doznawszy nieprzyjemnego smaku w ustach ze zdziwieniem dowiedział się od córki o zawartości szklanki. Trwoga ogarnęła dom cały. Zawezwany natychmiast zatrwożyłem się sam nie mało, nie mając zwłaszcza żadnego środka pod ręką i będąc o kilkanaście kilometrów oddalonym od najbliższéj apteki. Gdy na drodze mechanicznéj nie udało mi się wywołać wymiotów, zaimprowizowałem sobie pompę żołądkową. Najzwyklejszéj rurki kauczukowéj użyłem jako sondy żołądkowéj, a próżnię pneumatyczną wytworzyłem sobie w beczułce napełnionéj piwem, tę bowiem w propinacyi miałem pod ręką. Beczułkę pełną piwa ustawiłem na stole tak, że czop był umieszczony od góry na najwyższym szczycie wypukłości boku beczki, a w dnie beczki zwróconem ku mnie otwór na wkręcenie pipy znachodził się u dołu. Do otworu czopa zakręciłem zgiętą rurkę szklaną, jaką znalazłem przy konewczce Hegara, rurkę tę połączyłem drenem z drugą prostą małą rurką szklaną, a tę ostatnią dopiero mogłem łączyć z końcem drenu wystającego z jamy ustnéj. a zastępującego sondę żołądkową. Do dna beczułki kazałem robić pipę i równocześnie wszelkie możliwe szczeliny zaklejać woskiem. W drenie, którego długość wynosiła kilkadziesiąt ctm a grubość 1—1½ ctm. na jednym końcu wyciąłem z boku 2—3 okienka, chcąc przez to zapobiedz szybkiemu zatkaniu się otworu końcowego drenu już to przez błonę śluzową żołądka już to przez pokarmy przed chwilą dopiero spożyte. Tak więc przygotowany dren z powodu jego wiotkości z niemałym mozołem wprowadziłem do żołądka. Połączywszy koniec wystający z ust drenu z rurką szklaną prostą, miałem przed sobą wprawdzie nie ozdobną, ale przynajmniéj w danym przypadku coś obiecującą pompę żołądkową.

Odkręcając więcéj lub mniéj kurek pipy, otrzymywałem strumień cieczy wypływającéj z beczki, już to silniejszy, już to słabszy i wskutek tego mogłem należycie opanować szybkość tworzenia się próżni w beczce, a co za tem idzie, chronić błonę śluzową żołądka od uszkodzenia. Przez rurki szklane widziałem dokładnie przepływającą ciecz z cząstkami pokarmów (mięso, kasza, ziemniaki, kapusta) z żołądka do beczki, a w razie gdy dolny koniec sondy w żołądku został zatkany przez ciała stałe, wtedy pomagającemu mi człowiekowi kazałem mocno palcami uciskać rurkę kauczukową łączącą obie rurki szklane, a sam zdjąwszy sondę z rurki szklanéj prostéj, za pomocą lejka wlewałem przez sondę do żołądka zwykłą wodę dla usunięcia części stałych z okienek drenu i dla większego rozcieńczenia treści pokarmowéj w żołądku. Rozcieńczać zawartość żołądka byłem zmuszony trzy razy i za każdym razem wprowadzałem do żołądka około 200 ctm. kub. wody.

Nie możliwem było przeprowadzić w improwizowanéj pompie żałodkowéj mierzenia treści wypompowanéj, a więc nie mogę przedstawić ilości téjże w cyfrach, z czegoby wnioskować można o dokładności opróżnienia żołądka, jednak o ile mi się wydaje i o ile wierzyć mogę uczuciom podmiotowym pacyjenta (czuł czczość w żołądku po ukończonem pompowaniu i chętnieby znów zasiadł do drugiego obiadu), to prawie zapewnić mogę, że nie efektowny i nie imponujący ten przyrząd działał bardzo dobrze. Przez kilkanaście dni późniéj obserwowałem chorego jak najdokładniéj i nie znalazłem najmniejszych zaburzeń w jego organizmie, co bez wątpienia należy przypisać pompie żołądkowéj, gdyż około 20 gr. chloranu potasowego naraz zażytego wewnętrznie, sądzę, nie uszłoby tak bezkarnie. Z góry zaznaczyć muszę, że przyrządzenie téj pompy odbyło się względnie w bardzo krótkim czasie, najwyżéj 20—30 minut, chloran potasowy nie mógł więc być tak prędko wessanym zwłaszcza, że w żołądku napotkał bardzo liczne i najróżnorodniejsze spożyte pokarmy, gdyż właśnie, jak to wspomniałem, odbyło się to podczas obiadu.

Przypadek ten podaję do wiadomości szanownych kolegów, a może niektóry z nich znalazłszy się w krytycznem położeniu podobnem do mego, zechce go zastósować, zwłaszcza, że skonstruowanie takiéj pompy nie wymaga zbyt wiele czasu a materyjał do tego potrzebny prawie w każdéj miejscowości znaleść można Dren zwykły, którego użyłem zamiast sondy żołądkowéj, zastąpić można także, według mego zdania, rurką kauczukową znachodzącą się przy każdéj konewczce Hegara, a na rozpowszechnienie téjże w obecnych czasach użalać się prawdopodobnie nie potrzeba.

V. Oceny i sprawozdania.

Bakteryjologija.

Roux i Yersin: **O jadzie dyfterycznym.**

Prątek dyfteryczny nie rozmnaża się w narządach, lecz wytwarza tylko w miejscu zajętem jad, który dostając się do ustroju zatruwa go; w razie długo trwającéj choroby prątki w miejscu zajętem nawet zupełnie znikają. Wynika to ztąd, że autorowie otrzymali z dyfterycznego prątka osobny przetwór chemiczny, który wstrzyknięty zwierzęciu pod skórę, wywołuje chorobę, a nawet śmierć bez współudziału żywego mikroba, wśród takich samych objawów, jakie spostrzegamy przy zaszczepieniu samego prątka. Hodowla prątka dyfterycznego na słabo alkalicznym bulijonie zmienia po kilku dniach jego oddziaływanie na kwaśne, przyczem jadowitość prątka się zmniejsza, a potem znowu na alkaliczne, a jadowitość równocześnie się potęguje. Wysoka ciepłota osłabia działanie jadu; tak po dwugodzinnem ogrzewaniu w ciepłocie 58°R. ośm razy tak wielka ilość, jak ta, która przedtem wstrzyknięta pod skórę zabijała zwierzę, wywołuje już tylko mniejsze lub większe cierpienia. Po ogrzaniu téjże cieczy przez 20 minut przy 100°C. znosi zwierzę 70 razy tak wielką dawkę jadu jak ta, która przed ogrzaniem śmierć sprowadzała. Cierpienia wywołane wstrzyknięciem jadu ogrzewanego są bardzo podobne do tych, które powstają po wstrzyknięciu moczu ludzi chorych na dyfteryję, albo wyciągu narządów wziętych ze zwłok umarłych na dyfteryję. Wpływ powietrza i światła również osłabia jadowitość rozczynu prątków dyfterycznych i tak: rozczyn trzymany w szczelnie zamkniętéj rurce w ciemnem miejscu przez 5 miesięcy nie utracił zabójczych własności, trzymany zaś w naczyniu otwartem wystawionem na działanie słońca tracił takowe w stosunku prostym do czasu, przez który tym wpływom podlegał Wogóle kwasy, a szczególnie kwas mleczny i winny znacznie osłabiają działanie jadu, w czem upatrują autorowie ważne wskazówki dla terapii. W alkoholu jest jad dyfteryczny nierozpuszczalny i alkohol nań nie działa. W stanie zupełnie czystym nie udało się autorom jadu dyfterycznego otrzymać, to też mogli robić tylko w przybliżeniu obliczenia, jaka najmniejsza ilość wystarcza do zatrucia zwierząt i tak n. p. 0·0004 grm., względnie nieczystego jadu zabija 8 morskich świnek, ważących po 400 grm. każda. Pod wielu względami wywołuje jad dyfteryczny podobne skutki jak diastaza; w ustroju zwierzęcym działa na ścianki

naczyń, sprowadza ich rozszerzenie się i krwotoki. Próby przyzwyczajania zwierząt do dyfterycznego jadu nie udawały się, gdyż wskutek jego wielkiéj siły nawet bardzo małe dawki wywoływały często nawet po długim przeciągu czasu po wprowadzeniu właściwe skutki. *(Annales de l'institut Pasteur*, 25 czerwca). *A. W.*

Farmakologija.

Docent C. B. Tilanus (Amsterdam): **Nowe badania nad przeciwgnilnem działaniem jodoformu.**

Na podstawie licznych doświadczeń czyni T. następujące wnioski: w ostrem zakażeniu przyrannem nie należy używać jodoformu, gdyż tu mamy lepsze leki w rozpuszczalnych środkach przeciwgnilnych; w gruźliczem zaś zakażeniu poleca się systematyczne używanie jodoformu, ponieważ jego niszczący wpływ na rozwój prątków jest stwierdzony i nad niego lepszego środka nie ma; inne środki przeciwgnilne zbyt szybko zmieniają się i nie można ich używać tak łatwo w takiéj ilości jak jodoformu. Może uda się korzystnie wpłynąć na niektóre przypadki suchot płucnych, jeżeli chorzy proszek jodoformowy przy sobie mieć i jego parę wdychiwać będą. Jodoform jest środkiem przeciwpasorzytniczym tego rodzaju, że przeszkadza rozmnażaniu się pewnych drobnoustrojów, nawet w bardzo małéj ilości; nie jest jednak dotychczas udowodnionem, czy je może na pewno zabić. (*Münch. med. W.*, 1889, Nr. 33).

Dujardin-Beaumetz (Paryż): **O środkach przeciwgorączkowych ból kojących.**

Rozmaite w nowszych czasach przygotowywane środki uśmierzające ból są równocześnie środkami przeciwgorączkowemi i w części także przeciwgnilnemi. Jedne działają jak ciała wstrzymujące kiśnienie i zwalczają w ten sposób równocześnie nadmierną ciepłotę; inne wpływają bezpośrednio na czerwone ciałka krwi przez zmniejszenie ich siły oddechowéj, obniżając tym sposobem gorączkę; trzecia wreszcie grupa wpływa na ośrodki naczynio ruchowe rdzenia pacierzowego i tem samem także na ośrodki regulujące ciepło. Ostatnia grupa posiada wyłącznie równocześne działanie ból uśmierzające. Ważnem jest pytanie, czy z drobinowego ugrupowania wszystkich z rzędu aromatycznego tu należących leków wysnuć można pewną regułę co do sposobu ich działania. Pod tym względem wynika z doświadczeń Bardeta: połączenia wodu i ich pochodne (fenole, naftole itd.) posiadają przeważnie działanie przeciwgnilne, ciała zaś amidorodne (acetanilid, talina, kairyna) działanie przeciwgorączkowe, podczas gdy działanie ból uśmierzające napotykamy przeważnie u tych amidorodnych,. aromatycznych ciał, w których H zastąpiony jest przez rodzeń kwasu tłuszczowego, szczególnie szeregu metylu (dimetyloxychinizyn, acetfenitidin, metylacetamylid). Lépine zwraca uwagę na bardzo powikłane działanie fizyjologiczne nowych tu należących leków. Leki te wpływają w większości nietylko na wymianę materyi, któréj nasilenie one znacznie obniżają, lecz także na ośrodki naczynio-ruchowe, zwłaszcza w większych dawkach; równocześnie uśmierzają wszystkie te leki ból. Przeciwgorączkowe działanie tych leków polega nie tylko na zmniejszonym rozpadzie białka, lecz także na zmniejszeniu cukru na koszt glikogenu mięśni i wątroby. Powyższe leki są więc truciznami pierwoszcza, ale w daleko mniejszym stopniu, niż chinina. Ich główne fizyjologiczne działanie odnosi się do rdzenia pacierzowego, w którym zmniejszają nasilenie wymiany materyi w pojedynczych ośrodkach czucia i ciepła. W dyskusyi wspomina Bardet o eksalginie (metylacetamilidzie), który jednak nie działa tak silnie kojąco, jak antipyryna, a prócz tego posiada jeszcze ujemną stronę, że sprowadza silne zawroty głowy. (*Wien. m. Bl.*, 1889, Nr. 33). *Dr. Baschkopf.*

Choroby wewnętrzne.

Dr. Werther (Drezno): **Morbus Weilii.**

W literaturze opisanych przypadków téj rzadkiéj choroby jest 71. Objawy jéj i przebieg są następujące: ciepłota nagle już w 1 dniu dochodzi do 41°C. (Wagner) i jest w tym lub następnym dniu najwyższą. Po 4-tym lub 5-tym dniu przychodzi do spadku o 1 lub 2°C. Odtąd wieczorne eksacerbacyje są coraz mniejsze, a dzienne remisyje większe także w 10 dniu ciepłota *per lysim* dochodzi do prawidłowéj. Oprócz bólu i zawrotu głowy, występuje za dnia apatyja, śpiączka i zajęcie senzoryjum w przeciwstawieństwie do niepokoju i bezsenności w nocy. Bóle mięśniowe a przedewszystkiem mięśni łydek są znaczne i przypominają bóle mięśniowe w przebiegu duru powrotnego. Przeczulica ogólna robi chorego drażliwym na najlżejsze dotknięcie. Brak apetytu i odraza do potraw stale téj chorobie towarzyszą. Tętno z początku szybkie (150), nikłe i dwubitne, w 6 dniu po wystąpieniu żółtaczki, opada. Ruchy oddechowe przyspieszone (56) połączone są z bólami w piersiach, mimo iż płuca nie są zajęte. Diamantopulos odnosi bóle te do zadrażnienia nerwu błędnego. Wymioty pojawiają się w połowie przypadków, a rozwolnienie częściéj towarzyszy jéj niż zatwardzenie. Śledziona zawsze jest obrzmiałą, a zwiększenie wątroby występuje przeciętnie w 6 dniu równocześnie z żółtaczką różnego nasilenia. Mocz od trzeciego dnia stale się zmniejsza, a często przychodzi do anuryi. W 50% zawiera białko i wałeczki (Nothnagel i Schüppel). Z rekonwalescencyją pojawia się go prawidłowa ilość. Herpes i wysypki nie należą do rzadkości, także krwotoki z nosa, płuc i z kiszki odchodowéj. Zapalenie płuc (*Pneumonia biliosa*) spostrzegał Landozy, połowicze porażenia i drgawki widzieli Lebert i Gerhardt. W przypadku śmiertelnym Dunina sekcyja wykazała: w wątrobie tylko nieliczne zraziki normalne, zresztą *detritus* lub ogniska lymfoidalno nacieklé (*leukocytöse Infiltrationsherde*). W nerkach liczne wybroczyny i obraz *nephritis parenchymatosa*. Śledziona powiększona i leukocytami przepełniona. Kiszki bez zmiany. Choroba Weila występuje sporadycznie, zazwyczaj w lekko przebiegających epidemijach. Przypadki poronne w niczem prawie się nie różnią od zwykłéj żółtaczki kataralnéj. Przypadki ciężkie przypominają żółtaczkową durzycę Griesingera i często śmiercią się kończą. Dotychczas epidemije przypadają zawsze na lato, a z 71 opisanych przypadków tylko 2 tyczyły się kobiet. Żołnierze i rzeźnicy szczególną okazują skłonność (20%). U innych chorych zawsze można było wykazać pewną styczność z bydłem lub padliną. Spożywanie zepsutego mięsa także jest momentem usposabiającym. Horaczek, Wunderlich i Wagner nie wątpią w zarazek swoisty, który osłabia utlenianie się tkanek w organiźmie, wskutek czego przychodzi do rozpadu komórek. Według Pfühla i Kirschnera gnicie istot organicznych jest najpewniejszą przyczyną powstawania epidemii; we wszystkich bowiem dotychczas znanych, które często ograniczały się do jednéj ulicy, części koszar lub nawet do jednego pokoju, ognisko gnijące wykazać było można. Choroba Weila jest chorobą *sui generis*, bo choć zmiany anatomo-patologiczne są te same, jakie często napotykamy przy zatruciu fosforem, płonicy i róży, to przebieg kliniczny jest zupełnie odrębny i charakterystyczny. Durzyca żółtaczkowa powrotna (*Biliöses typhoid*) różni się od choroby Weila w następujących punktach: 1) nie występuje nigdy sporadycznie i zawiera spiryle; 2) występuje tylko podczas epidemii duru powrotnego; 3) składa się z pojedynczych napadów (*Relaps*) kończących się potami. Febra żółta najwięcéj jest do niéj zbliżoną, w naszym klimacie jednak nie występuje a sporadycznie nigdy się nie pokazuje. *Febris remittens biliosa*, pozostawia po sobie znaczne obrzmienie śledziony i wątroby, a objawy kliniczne téj gorączki są bardzo zmienne, chinina w niéj zaś działa jako lek swoisty. Ostrego nareszcie zaniku wątroby żaden chyba lekarz nie weźmie za omawianą chorobę. Weil pierwszy w Niemczech ją opisał w rozprawie: *Ueber eine eigenthümliche Infectionskrankheit (Deutsches Archiv für kl. Medizin* B. 39), lekarze francuzcy jednak wcześniéj ją już znali (*Deutsche med. Wschft.*, 1889, Nr. 52). *Dr. Mendelsburg.*

Chirurgija.

Réthi: **Nowa pętla do polipów nosopołykowych i polipowato zmienionych tylnych końców muszli.**

Nowy ten przyrząd sporządzony według pomysłu autora przez Marconiego w Wiedniu ma ułatwiać uchwycenie i odsznurowanie tak polipów nosopołykowych jak zwyrodniałych tylnych końców muszli nosowych, zwłaszcza, że uchwycenie tychże przy pomocy dotychczas używanych przyrządów nieraz na znaczne napotyka trudności i zmusza często do po

sługiwania się przy tem lusterkiem, zgłębnikiem lub palcem. Narzędzie, będące po prostu zmienioną odpowiednio pętlą galwanokaustyczną, składa się jak zwykle z podwójnéj rurki i drutu przez takową przeprowadzonego i tworzącego pętlę. Główną zaś zmianę i ulepszenie stanowi to, że przedni koniec rurek, obejmujących pętlę, za pomocą stawu ruchomego z resztą połączony, może być dowolnie w bok skręconym i z osią przyrządu utworzyć kąt większy lub mniejszy, do czego służy sztabka, która przy kręceniu śrubką koniec ten odpowiednio ustawia. Przy takiem urządzeniu założenie pętli jest łatwem, poczem następuje zaciśnięcie pętli, a przepalenie kończy operacyję, którą wykonywać zawsze lepiéj pod kokainą. (*Wien. klin. Wochenschr.*, 1890, Nr. 4).

Dr. Langie.

J. Englisch (Wiedeń): **O wprowadzaniu cewnika.**

E. żąda przed wprowadzeniem cewnika dokładnego zbadania zewnętrznego, jako też przez kiszkę odchodową, cewki moczowéj w całéj jéj rozciągłości, gdyż ta ma wielki wpływ na wybór i prowadzenie narzędzia. Poprzedzić także powinno badanie moczu celem rozpoznania możebnie istniejącéj choroby nerek, gdyż w takich razach nawet bardzo dobrze wykonane kateteryzowanie narzędziami niepodatnemi może sprowadzić najgwałtowniejsze następstwa. Co do zabiegu samego wymaga, aby narzędzie wprowadzano jednostajnie i powoli. Przekroje trupów dziecięcych pouczyły go, że istnieją dwie postacie cewki mocz., które wywierają wpływ na rodzaj krzywizny cewnika. W pierwszéj postaci mamy prawie jednostajne skrzywienie ustalonéj części cewki mocz. i tu potrzebne jest narzędzie o większym promieniu krzywizny, drugiéj zaś postaci odpowiada cewnik o mniejszym promieniu. Główne znaczenie tych różnic występuje dopiero wtedy, gdy tkanki są zmienione i pozbawione swéj prawidłowéj elastyczności; w tem miejscu omawia E. wrodzone i nabyte zmiany cewki mocz. lub jéj otoczenia, które mogą wywołać przeszkody, jak stulejka, zarośnięcie, zalepienie, wytwarzanie się zastawek, zwężenia, ubytki, wypuklenia i t. d. Powiększenie gruczołu krokowego dzieli ze względu na praktyczną doniosłość na różne postacie, stosownie do tego, czy oba płaty boczne, czy tylko środkowy, lub wszystkie części są powiększone. Nakłucie pęcherza dozwolone jest chyba w ostateczności jako sposób badania. *Cathétérisme forcé* całkiem porzuca. (*Wiener Klinik*). *Dr. Baschkopf.*

Choroby kobiece.

S. Gottschalk: **Wpływ influenzy na choroby kobiece.**

Według Biermera podczas téj choroby często wydarzają się krwotoki maciczne, a przy braku regularności (*amenorrhoea*) taż wraca. G. podczas obecnéj epidemii miał sposobność stwierdzić to samo. We wszystkich przypadkach były to rzeczywiste krwotoki maciczne atypowe. Krwotoki występowały w 1-szy lub 2-gi dzień powikłane bólami krzyżów i w dwóch przypadkach parciem na mocz. Przedmiotowo wykazać mógł G. wyraźne obrzmienie i znaczne rozpulchnienie macicy. Błona śluzowa macicy przy dotyku zgłębnikiem nadczuła, miękka, gładka. Błona śluzowa pochwy prawidłowa. W dwu przypadkach nastąpiło poronienie. Adneksa normalne. G. tłómaczy zjawisko ostrem zapaleniem błony śluzowéj macicy, a względnie *deciduae*. Zdanie Jaquemiera i Kiwischa, że influenza nie jest szkodliwą ciąży, nie potwierdza się. (*Centralbl. f. Gynaek.*, Nr. 3, 1890). *Kohn.*

Váwra: **Embolia powietrza przy wytamponowaniu macicy gazą jodoformową.**

Drugi raz rodząca, l. 38, *placenta praevia lateralis*, położenie płodu czaszkowe, poród bez pomocy, popłód w $^1/_2$ godziny później. Krwotok skutkiem niedowładu macicy opiera się mięsieniu, sporyszowi, zimnym i gorącym wstrzykiwaniom; tamponada gazą jodoformową wskazana. Po wprowadzeniu zaledwo kilku kawałeczków gazy występuje nagle sinica, bezdech i po kilku chwilach śmierć. Przy nekroskopii znaleziono w żyłach powięzi szerokich, w obu *Venae sperm. int.*, w *cava inf.*, w prawem sercu i w *art. pulmon.* mnóstwo baniek powietrza. Oczywiście gazą wciśnięto powietrze w żyły macicy i autor wspomina, aby być ostrożnym w przypadkach powikłanych. (*Časopis českých lékaru*, 1889). *Kohn.*

Choroby skórne.

Prof. Dr. Lang (Wiedeń): **Podskórne wstrzykiwania *oleum cinereum* przeciw kile.**

Lang pierwszy w r. 1885 wprowadził ten lek w użycie, a 5-letnie doświadczenia coraz bardziéj przemawiają za tym sposobem leczenia. Występujące *stomatitis* i *gingivitis* są mniéj częste i słabsze, niż przy wcierkach. Autor każe sporządzać oliwę 50 i 30% według formułki: *Rp. Unguent. ciner. lanoliat.* 9·0, lub 6·0, *Ol. amygdl. apt.* 4·00, przyczem olejek przy ciągłem mięszaniu z maścią kroplami dolewać każe. Koniecznem jest, aby szara maść użyta, była zrobioną z lanoliną. Flaszeczka zawierająca ten lek winna posiadać koreczek szklany i być trzymaną w miejscu chłodnem, najlepiéj zanurzoną w drugą flaszkę z wodą zimną. Przed użyciem ogrzewa się flaszeczkę nad lampką spirytusową tak długo, aż oliwa przybierze formę gęstopłynną, co przy 20° C. następuje. Strzykawka, któréj L. używa, mieści w sobie 0·50 cc. leku, rączkę tłoczka dzieli za pomocą kresek na 50 części tak, iż 0·01 cc. płynu odmierzyć w ten sposób może. Przed wstrzyknięciem tak skórę, jako też i strzykawkę wodą karbolową dokładnie obmywa, wstrzykuje zaś najchętniéj w grzbiet między łopatki; tylko jeżeli idzie o resorbcyję kilaków, lub okostnych zgrubień, w takim razie w okolicę takowych igłę wbija. L. wstrzykuje w jednym tygodniu 2 razy po 0·05 cc., w następnym tygodniu tylko połowę téj dawki. Zazwyczaj 0·20 do 0·20 oleju 50% wystarczają do usunięcia wysypki plamistéj i guziczkowéj. Jeżeli zmiany wymagają dłuższego leczenia, w takim razie używa oleju 30%. Dalsze doświadczenia wykazały, iż jedna i ta sama ilość w jedno tylko miejsce wstrzyknięta wolniéj się resorbuje, a zatem i działa, aniżeli ilość ta na kilka miejsc rozdzielona. Na téj zasadzie lekarz może regulować więc nie tylko dawkę, ale i szybkość działania. W przypadkach kiły ciężkiéj (układu nerwowego, kości) podaje L. w 1 tygodniu 1·0—2·0 cc 30% oleju, poczem 4 tygodnie pauzuje i 0·10—0·20 cc. raz w tygodniu daléj podaje. Autor nie jest zwolennikiem metody Fourniera, polegającéj na przeładowaniu organizmu rtęcią, na przemian z jodem przez lata podawaną, doświadczenie bowiem uczy go, że nawroty chorobowe u w ten sposób leczonych są złośliwsze. *Oleum cinereum* wywiera także niezaprzeczenie zbawienny wpływ na rozdrażnienie nerwowe kilowych, a u pijaków zakażonych zmniejsza drżenie. Prócz tego, iż używając metody wstrzykiwań dawkę i siłę resorbcyjną oznaczyć możemy, to używając tego leku na podstawie, iż wessanie odbywa się powoli a stale, wstrzyknąć możemy naraz większą ilość, a zatem nie tak często je powtarzać i to jest bardzo ważną dodatnią stroną téj metody. W dalszym ciągu poświęca autor wiele miejsca polemice, przeciw nieprzyjaciołom tego leku zwróconéj, a mianowicie stara się udowodnić, iż prof. Kaposi nie ma racyi twierdząc, jakoby olej szary wywoływał ostrą rtęcicę, jeżeli nie przekracza się dawek przez autora podanych. (*W. med. Woch.* 1889, Nr. 48, 49, 50).

Dr. Mendelsburg.

Toksykologija.

J. Geppert: **O istocie otrucia kwasem pruskim.**

Wiadomo, że w otruciu kwasem sinowodowym krąży krew żylna jasno-czerwona, z czego można wnioskować, że zawiera daleko więcéj tlenu, niż zwykle. Mimo to następuje śmierć wskutek tego otrucia wśród najwybitniejszego obrazu śmierci z uduszenia. Że powstanie połączenia sinu z hemoglobiną nie bierze przytem widocznego udziału, musimy dotąd przypuszczać. Do zatrucia używał G. 0·1% kwasu pruskiego, jako 0·25% rozczynu sinku potasu. Zasługuje na uwagę, że objawy otrucia rozpoczynały się od powiększenia ilości oddechów. Gdy okres zadrażnienia spotęgował się do kurczów, wtedy dosięgała z dusznością także ilość oddechów swego *maximum*, aby z wystąpieniem porażenia i obniżenia ciepłoty szybko i znacznie się zmniejszyć. Jeżeli otrucie przechodzi pomyślnie, to po porażeniu występuje znowu okres kurczów, powiększenie liczby oddechów, która opada do prawidłowego stanu po odzyskaniu zdrowia. Po wstrzyknięciu trucizny do krwi lub jéj wdychaniu przebiega zatrucie burzliwiéj i szybciéj. Mierzenie zużycia O podczas zatrucia wykazało nieznaczne podwyższenie na początku pierwszego okresu, następnie

zaś znaczne zmniejszenie zużycia O; przy otruciu przemijającem spostrzegano po zmniejszeniu znowu podwyższenie, które w końcu opada do stanu prawidłowego. Następujący teraz okres kurczowy rozpoczyna się od nieznacznego powiększenia zużywania O; zwierzę w ogólnych kurczach zużywa daleko mniéj O, niż spokojne, prawidłowe. Badanie nad zachowaniem się CO_2 wykazało zmniejszenie zawartości jego w krwi tętniczéj, jak i żylnéj. Odpowiednio do tego podwyższa się stosunek oddawanego CO_2 do przyjmowanego O. Ponieważ w otruciu nagromadzony w ustroju CO_2 zostaje wydalony, wynika ztąd, że się mniéj wytwarza niż wydziela. Omawiając przyczyny upośledzonego spalenia wskazuje G., że krew nawet, gdy czerwona krąży w żyłach, gdzie zawierać może tyle O, co tętnicza, łatwo może uledz w ciele odtlenieniu i że zdolność wiązania hemoglobiny dla O niedoznaje zmiany. Z doświadczeń G. wynika, że tkanki pod wpływem zatrucia nie są więcéj w stanie przyjmować O. Otrucie kwasem pruskim jest wewnętrznem uduszeniem się. (*W. kl. W.*, 1889, Nr. 32).

F. Ackeren (Berlin): **Przypadek otrucia kreoliną u człowieka.**

Kreolina znalazła w ostatnich czasach, szczególnie z powodu braku własności trujących, tak rozległe zastosowanie, że usprawiedliwione jest ogłoszenie przypadku zatrucia u człowieka. Na klinikę prof. Gerhardta przyjęto 30-letniego robotnika, który wypił 250 gramów nierozcieńczonéj kreoliny w zamiarze samobójstwa; w chwili przyjęcia był nieprzytomny. Podczas usiłowanego wprowadzenia cewy żołądkowéj zwymiotował znaczną ilość cieczy zielonawéj o woni cechującéj. Przepłukano żołądek i podano pigułki lodowe. Z obszernéj historyi choroby wyjmujemy tylko najważniejsze szczegóły. Wpływ trucizny na przewód pokarmowy był nieznaczny, gdyż powstały tylko nieznaczne nadżerki w początku jego; żołądek oddziaływał silnemi wymiotami. Ilości wessanéj kreoliny nie mógł A. oznaczyć z powodu wymiotów i wypłukania żołądka, była jednak dostateczną do sprowadzenia objawów wessania ze strony układu nerwowego, wątroby i śledziony. Co do układu nerwowego: utrata przytomności i drgawki w kończynach górnych. Wątroba i śledziona były powiększone a powiększeniu towarzyszyła żółtaczka skóry. Wydzielanie trucizny rozpoczęło się natychmiast po zażyciu i trwało aż do dziewiątego dnia. Objawy ze strony dróg przeprowadzających mocz były nieznaczne, natomiast sprowadziła kreolina ostre zapalenie nerek. A. wstrzykiwał królikom do jamy brzusznéj kreolinę, która sprowadzała zatrucie, prowadzące wśród objawów porażenia do śmierci, a przy sekcyi znalazł zapalenie żołądka i jelit z obrzmieniem kępek Peyera i krwotokami w błonie śluzowéj oprócz ostrego miąższowego zapalenia nerek. W ostatnich latach opisano jeszcze dwa przypadki otrucia u człowieka. W przypadku Rosina rozchodziło się o zakażenie krwi połogowe, leczone przepłukiwaniami macicy kreoliną; nagły zapad i śmierć. W przypadku Cramera wystąpiła u dziecka po zastosowaniu tamponów kreolinowych wysypka podobna do płonicy; mocz miał barwę moczu karbolowego, zawierał białko. Praktycznie ważnym wynikiem powyższych spostrzeżeń jest, że kreolina wśród wszelkich okoliczności jest ciałem trującem; należy dokładnie kontrolować wydzielanie się jéj z moczem i należy ją natychmiast odstawić, gdy występuje zielonawo ciemna barwa moczu lub nawet ślady białka. (*B. klin. Woch.*, 1889, Nr. 32).

Notatki lecznicze.

O leczeniu błednicy zauważa Huchard w *Revue générale de Clin. et de Therap.*, luty 1889, że w ogóle podaje się wielkie dawki żelaza, które obciążają żołądek i zostają wydzielone niestrawione. H. przepisuje 3 razy dziennie: *Calcar. praep., Pulv. Coffeae tostae, Pulv. rad. Rhei āā 0·18, Limat. Martis 0·03* w kapsułce do zażywania. Wobec skłonności chorych do używania kwasów, któréj czynią zadość przez picie octu, przepisuje chętniéj *Ac. muriat 1·0, Aq. dest. 120, Syr. Citri 25·0*, po każdem jedzeniu łyżeczkę od kawy. W przypadkach zaparcia stolca usuwa takowe małemi dawkami podofiliny lub *Cascar. sagrad.* Niektóre niewiasty nie mogą znieść żelaza, a w takim razie używał arsenu i manganu, *Extr. Cinchon., Extr. Gent. āā 12·0, Natr. arsenic. 0·1, Glycer. q. s. ut f. pill. No 100*, przy każdem jedzeniu 1—2 pig. Przy braku apetytu podawał *pulv. Nuc. vomic. Rp. Carbon. veget., Mangan. oxyd. āā 4·50. Pulv. Colomb., Pulv. Nuc. vom. āā 0·5, div. in pp. aeq. No 20*, godzinę przed jedzeniem proszek. Jeżeli się żelazo dobrze znosi, poleca: *Extr. Cinchon. Extr. Gentian. Extr. Rhei ana 4·0. Kali tart. 3·0. Extr. nuc. vomic. 0·5, Olei anis gtt. V. Glycer. q. s. ut f. pill. 100* 2—3 r. dziennie 1—2 pig.

Huchard ostrzega przed podawaniem **podczas miesiączki antipyryny**, wydawanéj u nas bez recepty w aptekach i droguerniach.

Między wewnętrznemi lekami, które szybko zdobyły sobie powszechne użycie, zasługuje **ichtyol** przedewszystkiem na wzmiankę. Najpierw używano go z korzyścią przeciw chorobom skórnym; znakomite wyniki osiągnięto nim w leczeniu wyprysku, trądzika (*Acne rosacea*), strupienia woszczynowatego i róży. Obok zewnętrznego stosowania, w którem używa się go w postaci maści np. jako 5-cio do 20-to% dodatku do *unguent. zinco-benzoatum*, lub jako roczynów wyskokowo-eterycznych lub mydła ichtyolowego jakoteż plastra waty ichtyolowej, wprowadzono niedawno także wewnętrzne jego stosowanie w pigułkach (0·1) i kapsułkach (0·25 ichtyolu). Według badań Zuelzera sprzyja ichtyol wytwarzaniu się białka w ustroju, możnaby go więc użyć u wyniszczonych celem podniesienia odżywienia. Oprócz tego używa się ichtyolu tak zewnętrznie, jak i wewnętrznie jako środka przeciw gośccowi i nerwobólowi (w rwie kulszowéj, połowiczym bólu głowy, gośćcu, dnie, lumbago i t. d.).

Pepper poleca kreozot przeciw **dyspepsia flatulenta** w następującéj postaci: *Rp. Creosot. gtts X. Natrii bicarbon. 8·0, Pulv. gum. arab. q. s. Aq. dest. 150·0.* DS. 1 łyżeczkę w godzinę po jedzeniu. W atonii żołądka i w niedostatecznem wydzielaniu soku żołądkowego podaje w godzinę po jedzeniu następujący proszek w opłatkach lub kapsułkach żelatynowych: *Rp. Pepsin. 4·0, Creosot. gtt. X. Bismut. subnitr. 4·0. Mfp. div. in dos. 30.* *Dr. Baschkopf.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie.

I. Posiedzenie z dnia 30 października 1889.

Na zaproszenie Doc. Dra Marsa zgromadziło się członków 9-ciu, jak: Dr. Stanisław Braun, Dr. Maksymilian Cercha, Dr. Władysław Harajewicz, Dr. Maks. Kohn, Doc. Dr. Antoni Mars, Dr. Bogumił Skibiński, Dr. Ludwik Wiśniewski, Dr. Jan Ziembiński, Dr. A. Wilkosz, Dr. Kazimierz Smorągiewicz i wybrano na przewodniczącego Dra Wilkosza, na sekretarza Dra Brauna.

Docent Dr. Mars usprawiedliwia nieprzybycie na posiedzenie prof. Madurowicza i Dra Jordana i zaznacza cel zebrania, to jest, aby założyć Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie. — Dr. Kohn wyraża uznanie Doc. Marsowi za inicyjatywę co do założenia powyższego Towarzystwa. — Dr. Wilkosz poleca w imieniu zebranych ułożenie statutu Doc. Marsowi. — Przystąpiono do wyboru i wybrano: przewodniczącym: Prof Maurycego Madurowicza; zastępcą tegoż: Dra Henryka Jordana; sekretarzem: Dra A. Marsa; kasyjerem: Dra M. Kohna.

II. Posiedzenie z dnia 5 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9-ciu.

Po odczytaniu protokółu I. posiedzenia przystąpiono:

1) do określenia stosunku towarzystwa do towarzystwa lekarskiego. — W dyskusyi zabierali głos: Doc. Mars, Jordan i Kohn i uchwalono: aby Towarzystwo ginekologiczne było Towarzystwem odrębnem z własnym statutem, ale nieprzeszkadzało członkom należeć do obu Towarzystw i miewać w nich odczyty; nadto, przewodniczący ma oświadczyć Towarzystwu lekarskiemu, że założone Towarzystwo ginekologiczne nie stoi w sprzeczności z celem i zasadami Towarzystwa lekarskiego.

2) Doc. Mars radzi, aby za porozumieniem się przewodniczącego z redaktorem, „Przeglądu Lekarskiego“ umieszczać krótkie sprawozdanie z posiedzeń Towarzystwa w „Przeglądzie“, sprawozdania zaś obszerniejsze wydawać w odrębnym pamiętniku.

3) Przedłożony przez Dra Marsa projekt statutu uchwalono wydrukować w kilku egzemplarzach, rozdać między członków do przejrzenia i przystąpić do debaty nad statutem na przyszłem posiedzeniu.

III. Posiedzenie z 11 listopada 1889.

Przewodniczący prof. Madurowicz. Obecnych członków 6.

Po odczytaniu protokółu z II. posiedzenia zdaje sprawę prof. Madurowicz z rozmowy z Drem Paszkowskim, prezesem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, który nic nie ma przeciw założeniu Towarzystwa ginekologicznego, nadto nadmienia, że redaktor „Przeglądu“ w tymże umieszczać będzie protokóły i prace Towarzystwa. Obaj proszą o oficyjalne zawiadomienie na posiedzeniu najbliższem Towarzystwa lekarskiego i redakcyi „Przeglądu“ o założeniu Towarzystwa ginekologicznego.

Doc. Dr. Mars przedstawił aparat Skutscha zmodyfikowany przez siebie do wyparzania narzędzi przed operacyją, który zebranie uznało za prosty i praktyczny.

Wreszcie przystąpiono do debaty nad statutem przedłożonym w projekcie przez Doc. Marsa, z powodu zaś spóźnionej pory odłożono resztę debat do następnego posiedzenia.

Dr. Braun Stanisław sekretarz.

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Dr. Seifert, Würzburg. **Mikokoki w influenzy.**

W r. 1883 podczas słabej epidemii influenzy w Würzburgu badał S. śluz z nosa i plwociny chorych na drobnoustroje w nich zawarte. We wszystkich przypadkach plwociny były w okresie gorączki czysto śluzowe, szkliste i lepkie, z ustaniem takowéj przybierały więcéj charakter ropny. Badanie uskuteczniał w następujący sposób: Cząsteczki śluzu rozpościerał między dwoma szkiełkami, suszył nad lampką spirytusową i na godzinę do roztworu z metylwioletu sporządzonego kładł. Po wymyciu alkoholem zaprawiał je jeszcze balsamem kanadyjskim. Śluz przedstawiał się pod mikroskopem w kształcie cienkich włókien, komórek zaś ropnych bardzo mała ilość. Wśród włókien jakoteż w nich samych, znajdowała się znaczna ilość 1.50—2.0 m. długich a 1.0 m. szerokich koków. (Powiększenie 350). Połączone zazwyczaj w dłuższe łańcuchy, czasem szły w parze (*Diplococci*), często zaś pojedyńczo (*Monococci*). Nieliczne ciałka ropowe są zupełnie od nich wolne. Wraz z Drem Müllerem, asystentem Gerhardta, postanowili 1) badać wszystkie wydzieliny dróg oddechowych na influenzę cierpiących, 2) w celach kontroli badać także śluz i plwociny chorych, 3) we krwi szukać mikrokoków, 4) próbować szczepić zwierzęta. Wyniki okazały: Ad. 1) Barwienie i teraz udawało się najlepiéj metylwioletem, gorzéj fuksyną. Powyż opisany obraz zawsze się dokładnie przedstawiał. Im późniejszy był okres choroby, t. j. im plwociny były bardziéj ropne, tem mniéj koków napotykano. Ad. 2). U zdrowych lub cierpiących na nieżyt dróg oddechowych z innych przyczyn koków nie było. Ad. 3 i 4). Badanie krwi jakoteż szczepienie królików śluzem dało ujemny wynik. (*Wr. med. Blätter 1889 Nr. 52*). *Dr. Mendelsburg.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 stycznia. Na ostatniem posiedzeniu Tow. lek. krak. zostali wybrani koll. Skibniewski, Smorągiewicz i Rosenblühl.

* Na ostatniem swem posiedzeniu Wydział lekarski zamianował dotychczasowego demonstratora przy katedrze farmakologii Dra Jana Wojtaszka asystentem przy tejże katedrze na 2 lata, a Dra Adolfa Becka asystentem przy katedrze fizyjologii również na 2 lata.

* Zwracamy uwagę Szan. kolegów, że posiedzenia Tow. lekarskiego odtąd odbywać się będą w klinice chorób wewnętrznych w sali wykładowéj dawnéj kliniki chirurgicznéj.

* W Zagrzebiu dn. 14 b. m. obchodzono uroczyście 70-te urodziny zasłużonego protomedyka chorwacko-sławońskiego Dra Józefa Kallivody Falkensteinskiego.

* **Warszawa**. Inspektorem szpitali cywilnych po zmarłym prof. Walterze mianowany został Dr. Czausow, profesor anatomii opisowej i dziekan Wydziału lekarskiego.

* **Odznaczenie.** Prof. Hoyer w Warszawie otrzymał order św. Stanisława I klasy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lizbona.** Na nowo otworzoną katedrę okulistyki powołany został Dr. Pinto da Gama, asystent prof. Beckera w Heidelbergu. — **Warszawa.** Wykłady patologii objął prof. Tumas, wskutek czego katedra farmakologii zrstała opróżnioną. Wykład anatomii patologicznéj wskutek zasłabnięcia prof. Brodowskiego objął zastępczo prosektor Dr. Przewóski. — **Tomsk.** Prof. fizyjologii radzca dworu Dr. Weliki mianowany został zastępcą rektora. — **Petersburg.** Dr. Delicyn habilitował się jako docent prywatny anatomii.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Franciszek Michalik osiadł jako lekarz domowy szkoły rolniczéj w Czernichowie (powiat krakowski). Dr. Arnold Richter osiadł jako lekarz praktyczny w Potoku złotym (powiat Buczacz). Dr. Jakób Bloch osiadł jako miejski lekarz w Toporowie (powiat Brody). Dr. Julijan Trzaskowski zamieszkał jako lekarz prakt. w Jarosławiu.

* **Zmarli.** W Warszawie: Dr. Józef Nowicki, lekarz prakt. w gub. Płockiéj i Dr. F. Kobylański, naczelny lekarz szpitala Dzieciątka Jezus; w Osieku (w Sławonii) Dr. Emanuel Munk, starszy lekarz sztabowy w 69 roku życia; w Heidelbergu wysłużony profesor anatomii i fizyjologii Dr. Fryderyk Arnold, ojciec profesora anatomii patologicznéj (urodzony w r. 1803, młodszy brat anatoma Jana Wilhelma A., mianowany został w r. 1840 profesorem anatomii i fizyjologii w Fryburgu, potem w Tübindze, a wreszcie w Heidelbergu, a w r. 1873 przeszedł w stan spoczynku); w Warszawie prof. patologii i terapii szczegółowéj Łapczyński.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Biernackiego: Przypadek hystero-neurastenii u mężczyzny; w *Gazecie Lekarsk.* Nr. 4: Jasińskiego: Balsam peruwijański w leczeniu gruźlicy miejscowéj; Elsenberga: *Xeroderma pigmentosum* (dok.); Herynga: O wynikach chirurg. leczenia suchot krtani (c. d.); — w *Medycynie* Nr. 4: Radziszewskiego: Przyczynek do chirurgii tężca reumatycznego (dokończenie).

Sprostowanie. W Nrze 3 na str. 36, figura II w rozprawie prof. Feigla umieszczoną została przez omyłkę w kierunku odwrotnym.— W Nrze 4, na str. 63 mylnie podano, że Dr. Czapliński jest asystentem przy katedrze fizyjologii; jest on bowiem elewem przy klinice położniczo-ginekologicznéj. — W Nrze 4, str. 50, szp. 1, w. 23 od dołu zamiast „trwającego“ ma być trującego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dn. 5 bm. o godzinie 6 po poł. **w gmachu kliniki chorób wewnętrznych w dawnéj sali wykładowéj kliniki chirurgicznéj** posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. Rydygier okaże przypadek po resekcyi stawu skokowego metodą Hütera. 2) kol. Browicz okaże przypadek zniekształtnienia klatki piersiowéj wskutek włókniaków. 3) kol. Surzycki: o sokotoku żołądkowym z demonstracyją. 4) kol. Gluziński: spostrzeżenia nad influenzą.

Posiedzenie **Towarzystwa ginekologicznego** w Krakowie odbędzie się 4 go lutego we wtorek o 6 godzinie wieczorem w pracowni Dra Marsa z następującym porządkiem dziennym: 1) sprawy bieżące; 2) Dr. S. Braun opisze: „Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.